

Imperial Senior Value (HMO C-SNP) 為患有慢性疾病的人士提供特殊需求計劃 (SNP)。如果您對以下任何問題的回答為「是」，您可能有資格加入 Imperial Senior Value (HMO C-SNP) 的慢性病特殊需求計劃。

請填寫本表格並將其與您的參保申請表一起寄回給我們。Imperial 將在參保生效日後 30 天內與您的醫生確認您的慢性病狀況。如果我們無法驗證您的慢性病狀況，我們會將您從該計劃退保。

受益人資訊		
姓氏	姓名	初始
出生日期	Medicare 受益人識別號	
(月/日/年)	電話號碼 1	電話號碼 2
判斷慢性病是否符合資格的臨床問題		
糖尿病		
您的醫生或其他持證醫療保健專業人員是否已診斷您患有糖尿病？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
您是否曾經出現過口渴加劇、尿頻、極度飢餓、不明原因的體重減輕、潰瘍癒合緩慢或頻繁感染？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
您是否有高血糖問題？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
您是否正在服用藥物和/或採用特殊飲食來控制血糖？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
慢性心臟衰竭		
您的醫生或其他持證醫療保健專業人員是否已診斷您患有慢性或充血性心力衰竭？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
您是否因心臟問題而出現肺部液體滯留或腿部腫脹的問題？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
您是否正在服用藥物來預防腿部或手部腫脹？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
您在行走或進行體能活動時是否感到疲倦？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
您走路時是否需要停下來休息？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
心血管疾病		
您是否曾被醫生或持證醫療保健專業人員診斷出患有心血管疾病，例如心律不整、冠狀動脈疾病（包括心絞痛）、血栓或影響腿部的血管疾病（例如周邊動脈疾病或深部靜脈栓塞）？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
您是否出現心悸、胸痛或胸悶，或呼吸困難—尤其是在體力活動或休息時？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
您是否曾經中風、心臟病發作（心肌梗塞），或被告知膽固醇水平升高（LDL 超過 100 或總膽固醇超過 200）？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
您是否被診斷出患有任何與心血管疾病風險增加相關的代謝性疾病，例如高血壓、糖尿病或腹部脂肪過多？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否

參保前 SNP 資格評估工具

可以驗證您病情的醫療保健服務提供者		
醫師姓名	專科	城市
醫師電話號碼	醫師傳真號碼	他/她是否在您知道的任何醫院工作?
醫師姓名	專科	城市
醫師電話號碼	醫師傳真號碼	他/她是否在您知道的任何醫院工作?

授權披露健康資訊以驗證慢性疾病
我特此授權上述服務提供者向 Imperial Health Plan 披露我的受保護健康資訊，以驗證我是否被診斷出患有慢性疾病，使我有資格參保 Imperial Senior Value (HMO C-SNP) 的慢性病特殊需求計劃。此授權適用於醫療服務提供者保存的有關我上述慢性病病史的所有健康資訊。
受益人簽名：
日期：

服務提供者證明	
我特此證明，上述患者患有以下一種或多種病症：	
慢性心力衰竭	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
心血管疾病 (CVD)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
糖尿病	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
提供者名稱	醫療服務提供者簽名
今天的日期：	醫療護理提供者地址

如果您有任何疑問，請聯絡我們的會員服務部，電話：1-800-838-8271，TTY：711，10月1日至3月31日週一至週日，上午8:00（太平洋標準時間）至晚上8:00（太平洋標準時間），4月1日至9月30日期間我們的服務時間為：週一至週五上午8:00（太平洋標準時間）至晚上8:00（太平洋標準時間），節假日除外。Imperial Health Plan 是一項簽有 Medicare 合約的 (HMO) (HMO SNP)。能否參保 Imperial Health Plan 取決於合約續簽情況。Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) 遵守適用的聯邦民權法，不會因種族、膚色、原國籍、年齡、殘障或性別而歧視他人。ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. 請致電 1-800-838-8271 (TTY: 711)。ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-838-8271 (TTY: 711). 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-708-5976 (TTY: 711)。